

# EPIDEMIOLOGIA DA ANOREXIA NERVOSA

## Prevalência da Anorexia Nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal

ISABEL DO CARMO, D. REIS, P. VARANDAS, DULCE BOUÇA, D. PADRE SANTO, A. NEVES,  
ISABEL ANDRÉ, D. SAMPAIO, A. GALVÃO-TELES  
Serviços de Endocrinologia e Psiquiatria. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

### RESUMO

Os resultados dos estudos de prevalência da anorexia nervosa (AN) têm sido variáveis de país para país, dependendo também das populações estudadas e do método aplicado. Tem sido dado relevo às situações de síndrome parcial. Em Portugal Continental não há nenhum estudo de prevalência de AN. O objectivo do nosso estudo foi determinar a prevalência de AN em populações portuguesas, assim como a prevalência da síndrome parcial, de perturbação da imagem corporal e do regime restritivo, procurando relacioná-los com outras variáveis. Estudámos 2.398 jovens do sexo feminino de trinta escolas dos distritos de Lisboa e Setúbal, distribuídas por onze concelhos, do 5º ao 12º ano, com idades entre os 10 e os 21 anos. O método usado foi a distribuição de um questionário contendo os critérios de diagnóstico do DSM-III R. Os resultados obtidos foram os seguintes: prevalência do AN - 0,37%, síndrome parcial - 12,6%, apenas perturbação da imagem corporal 7%, desejo de perder peso em 38% das jovens com peso normal ou baixo, excesso de peso em 15,3%. O pico da idade de AN observa-se aos quinze anos, a classe social 2 é a mais atingida. O rendimento escolar era pior no grupo com AN e a idade da menarca mais cedo.

### SUMMARY

#### Epidemiology of Anorexia Nervosa Prevalence of Anorexia Nervosa in Female Adolescents in the Lisbon and Setubal Districts

Prevalence studies of anorexia nervosa (AN) have shown differences depending of the country and method applied. The partial syndrome is being emphasized. There has been no epidemiological study done on AN in the Portuguese population of continental Portugal. Our objectives were: 1) to study the prevalence of AN in Portuguese populations; 2) to study the presence of partial syndrome and of body image disturbance; 3) to calculate the number of girls dieting; 4) to correlate with other variables. A population of 2,398 girls ranging 10 to 21 years old, from 30 State secondary schools in the Lisbon and Setubal districts were studied. A questionnaire was answered with questions allowing assessment of all DSM III R criteria for AN. Results: prevalence of AN - 0.37%, partial syndrome - 12.6%, body image disturbance without weight loss - 7%, wish to decrease weight in normal or low weight girls - 38%, overweight - 15.3%, the peak of age for AN was 15 years, the most prevalent socio-economic class for AN was 2 (scale 1 (higher) to 5). School performance was worse with AN and the age menarche was sooner.

## INTRODUÇÃO

### *Frequência da anorexia nervosa*

Os resultados referentes à frequência da anorexia nervosa têm variado de estudo para estudo conforme as populações estudadas e conforme os métodos de diagnóstico adotados.

Em relação à prevalência, quando foi estudada na população feminina das escolas secundárias, a mais alta surgiu no trabalho de Pope et al<sup>1</sup> realizado nos EUA, em 1984 (2,1 por cento). A mais baixa foi a encontrada por Helena Azevedo et al<sup>2</sup> nos Açores, em 1992, onde não foi diagnosticado nenhum caso de síndrome completa.

Quando a amostra foi colhida nos Serviços de Saúde, abrangendo a população em geral, os resultados diferiram conforme foram ou não incluídos os dois sexos e conforme o grupo etário a que se referiu. Assim, a prevalência foi desde 0,84 por cento para toda a população feminina de 15 anos de Gotemburgo, na Suécia<sup>3</sup> até 0,02 por cento para a população em geral, tanto em Londres<sup>4</sup>, como na Holanda<sup>5</sup>.

Nas amostras referidas a populações psiquiátricas a prevalência foi maior. Nielsen<sup>6</sup> referiu um valor de 6,7 por cento na Dinamarca, e Gotestam et al<sup>7</sup> um valor de 7,3 por cento na Noruega.

Lucas et al<sup>8,9</sup> estudaram a população de Rochester, Minnesota, através dos processos da Clínica Mayo, calculando a prevalência e a incidência. Aplicando os critérios de diagnóstico, estudaram não só os processos diagnosticados como anorexia nervosa, como todos aqueles cujo diagnóstico registado poderia corresponder a um erro de classificação. Assim, foram revistos os casos de amenorreia, oligomenorreia, disfunção menstrual, disfunção ovárica, má nutrição, doença de Simmonds e outras. No primeiro estudo a prevalência foi de cerca de 0,1 por cento para toda a população 0,2 por cento para a população feminina em geral e 0,02 por cento para o sexo masculino. No segundo estudo a prevalência foi de 0,3 por cento para o sexo feminino e 0,02 por cento para o sexo masculino.

Quando a população estudada foi uma população de risco, como as dançarinas, o valor da prevalência atingiu 6,5 por cento<sup>10</sup>.

### *Distribuição da anorexia nervosa*

#### *Distribuição por sexos*

De acordo com o DSM IV<sup>11</sup>, 90 por cento dos casos de anorexia nervosa ocorrem no sexo feminino. Halmi<sup>12</sup> considera que a distribuição por sexos vai desde um indivíduo do sexo masculino em dez doentes, até 1 em 20. Hardy e Dantchev<sup>13</sup> referem uma preponderância femi-

nina de 90 a 97 por cento. Lucas et al<sup>8</sup> no estudo epidemiológico já citado, que realizaram em Rochester, Minnesota, encontraram cerca de um indivíduo do sexo masculino para dez do sexo feminino. Gotestam et al<sup>7</sup>, em estudo feito na população em tratamento psiquiátrico ambulatorio, chegaram ao resultado de cerca de um indivíduo do sexo masculino para sete do sexo feminino.

De acordo com Vandereycken e Van Der Broucke<sup>14</sup> as características específicas da anorexia nervosa nos indivíduos do sexo masculino são as seguintes: começa mais cedo nos rapazes do que nas raparigas; o diagnóstico é feito mais precocemente; num terço dos casos há antecedentes de obesidade; o prognóstico é pior por haver psicopatologia associada.

Striegel et al<sup>15</sup> estudaram uma série de doentes do sexo masculino e sugerem que a relativamente alta proporção de complicações médicas nos adolescentes com anorexia nervosa se deve a que os clínicos não estão habituados a esta entidade no sexo masculino, atrasando a avaliação, o diagnóstico e as medidas a tomar. Chamam particularmente a atenção para a ocorrência de insuficiências cardíacas nos jovens do sexo masculino com anorexia nervosa.

#### *Distribuição por idade de início*

De acordo com o DSM IV a idade média de início da anorexia nervosa é aos 17 anos, havendo dados que sugerem picos bimodais aos 14 e 18 anos. É rara depois dos 40 anos. Segundo Console Jeainmet<sup>16</sup>, dez por cento das anorexias nervosas começariam antes dos dez anos e seriam muito mais graves, visto apresentarem perturbações da personalidade e atrasos do desenvolvimento.

A generalidade dos estudos epidemiológicos tem-se debruçado sobre adolescentes

#### *Distribuição económico-social*

As mesmas tendências tem-se verificado na distribuição de acordo com as classes sociais. A anorexia nervosa tem sido descrita como ocorrendo sobretudo nas classes privilegiadas sob ponto de vista económico. Mas esta realidade tem vindo a mudar. De facto, os estudos de prevalência da anorexia nervosa feitos há cerca de duas décadas mostravam uma distribuição preferencial nas chamadas classes altas. O estudo de Morgan e Russeli publicado em 1975<sup>17</sup> concluía que 66 por cento das doentes com anorexia nervosa da sua série provinham das classes 1 e 2 numa escala de 1 a 5 (Registrar General Classification, na Grã Bretanha). O estudo de Kalucy et al<sup>18</sup> publicado em 1977 considerou que 50 por cento provinham desse mesmo extracto. E quando Crisp et al<sup>19</sup>

no ICD 10 ou no DSM IV, que é o que temos adoptado e que, para efeitos de alguma investigação, é equivalente ao DSM III-R (Quadro I).

*Quadro I - Critérios de Diagnóstico de acordo com o DSM-III-R (1987)*

- A. Recusa em manter o peso corporal num mínimo do normal para a idade e altura, isto é, perda ponderável levando a um peso abaixo de 15% do esperado ou falência no ganho de peso correspondente ao período de desenvolvimento, levando a um peso 15% abaixo do esperado.
- B. Medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo, mesmo tendo peso abaixo do normal.
- C. Perturbação na forma com o peso corporal, o tamanho e a imagem são vividos, isto é, a pessoa queixa-se que se sente gorda mesmo quando está emagrecida, acredita que uma zona do corpo é demasiado gorda mesmo quando obviamente tem um peso abaixo do normal.
- D. No sexo feminino, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos quando era esperado ocorrerem (amenorreia primária ou secundária).  
Considera-se que uma mulher tem amenorreia se os períodos ocorrem somente após administração de hormonas, por exemplo, estrogénios.

*Nota: Para efeitos de diagnóstico neste estudo os critérios então usados (DSM III-R) são idênticos aos critérios publicados posteriormente no DSM IV*

Todavia, tal como já explicámos, nem sempre a anorexia nervosa foi definida de acordo com os mesmos critérios de diagnóstico e em alguns dos estudos constantes da literatura foram considerados outros critérios.

O diagnóstico pode ser feito através da leitura do processo clínico, de entrevista ou de questionário. Os estudos feitos com entrevista chegam geralmente a resultados idênticos aos dos auto-questionários. Por vezes os auto-questionários revelam números ligeiramente superiores, o que pode ser interpretado a favor deste último método, se o questionário fôr anónimo

Relativamente aos critérios de diagnóstico, estes têm variado ao longo do tempo. Os estudos anteriores a 1980, ano da publicação do DSM III<sup>39</sup> usaram critérios de diagnóstico que consideravam desde 10 até 25 por cento de perda de peso para classificarem a situação como anorexia nervosa. Entre 1980 e 1987 vigoraram os critérios do DSM III e portanto só se considerava o diagnóstico de anorexia nervosa quando a perda de peso era de pelo menos 25 por cento. Após a publicação do DSM III R<sup>40</sup> passou a considerar-se suficiente para o diagnóstico uma perda de 15 por cento do peso ou mesmo uma falha de 15 por cento no ganho de peso esperado para a idade.

Há pois trabalhos que foram feitos ainda antes de haver critérios estritos e outros que aplicaram critérios que já não são os actuais. Deste modo, um trabalho que só considerava portadores de anorexia nervosa os doentes com

perda de 25 por cento pode ter revelado nos resultados uma prevalência menor do que um trabalho actual que tem como critério um défice de 15 por cento em relação ao peso mínimo de referência. O critério de três meses consecutivos de amenorreia, que agora é exigido para se fazer o diagnóstico, nem sempre foi observado, o que pode estabelecer diferenças na inclusão dos casos.

Há pois que ser cauteloso na comparação dos resultados a que chegaram os vários autores em populações diferentes que, por vezes, podem parecer paradoxais.

*Síndrome parcial*

Actualmente tem-se prestado atenção às situações que têm sido designadas por síndrome parcial ou situação sub-clínica. Esta perspectiva tem surgido, mercê de dois tipos de factores. Um deriva do facto dos critérios de diagnóstico, como já referimos, terem variado ao longo do tempo. Detectavam-se casos clínicos que eram considerados como não preenchendo todos os critérios, mas que actualmente preenchem. Portanto, a fronteira entre as formas clínicas bem definidas e as menos definidas, tem sido apenas a convencional. Outro tipo de factores diz respeito aos hábitos culturais. Alguns autores consideram que há um *contínuum* entre o ideal da magreza, a prática da dieta e o síndrome da anorexia nervosa preenchendo todos os critérios de diagnóstico<sup>41</sup>.

A insatisfação com o corpo pode começar nas pré-adolescentes, tanto de origem europeia, como de outras etnias e é de grande importância nas populações femininas do ensino secundário e universitário Brigitta Edlund et al<sup>42</sup> estudaram o comportamento de crianças de sete anos, através de entrevistas e testes e verificaram que 28 por cento queriam ser mais magras, 22 por cento tinham tentado perder peso e 20 por cento admitiam que comiam menos para emagrecer. Estas crianças tinham deformação da imagem corporal. Entre as universitárias portuguesas, Baptista et al<sup>43</sup> encontraram insatisfação corporal em 55,1 por cento, prática de dieta no momento do inquérito em 12 por cento, tendo havido prática de dieta no passado em 48,8 por cento.

A questão que se põe é se esta deformação da imagem corporal e estas práticas de dieta proporcionam uma maior ocorrência de anorexia nervosa entre as populações adolescentes que as praticam. Alguns investigadores consideram que a anorexia nervosa é qualitativamente diferente das situações a que poderemos chamar sub-clínicas, outros consideram que há um *continuum*<sup>41</sup>. Contra esta última posição, Crisp<sup>44</sup> contrapôs a necessidade, para se instalar a doença, de haver uma regressão a um estado pré-pubertário e de ser necessário que o peso

e Smuzkler et al<sup>20</sup> encontraram resultados mais baixos de prevalência nas escolas públicas do que nas privadas em Londres, isso foi interpretado como uma distribuição diferente de acordo com as classes Sociais, visto que as últimas escolas tinham maior frequência de classes altas.

Contudo, o estudo de Kendell et al<sup>21</sup> referido a Monroe County nos EUA e à Escócia do Nordeste mostrou que, nessas zonas, se observava uma tendência para a doença atingir também as classes sociais com menor poder de compra. Em trabalho publicado em 1982, Garfinkel e Garne<sup>22</sup> sugeriram que estava a haver uma mudança no estrato económico-social dos doentes. Gowers e McMahon<sup>23</sup> estudaram a distribuição social dos doentes com perturbações do comportamento alimentar na mesma consulta (St. George Hospital, Londres) onde anteriormente tinha sido feito o estudo de Morgan e Russell já citado<sup>17</sup>. Estudando 100 doentes consecutivos verificaram que 50 por cento pertenciam às classes 1 e 2 e 50 por cento às restantes, o que mostrou diferença quando comparado com, respectivamente, 66 e 34 por cento do estudo de Morgan e Russell. Por outro lado, enquanto neste último não tinha surgido nenhum caso na classe 5, Gowers e McMahon encontraram 5 por cento.

Alguns autores concluem que há pior prognóstico quando a doença aparece nas classes sociais mais baixas. Kalucy et al<sup>18</sup> numa série estudada, mostraram que, enquanto nas classes 1 e 2 só 32 por cento não mostravam melhoras, isso acontecia em 70 por cento nas classes 4 e 5. Hsu et al<sup>24</sup> confirmaram esta tendência. Mas Theander<sup>25</sup> e Morgan e Russell<sup>17</sup> não chegaram à mesma conclusão. Crisp et al<sup>26</sup> avançam uma explicação para o facto do prognóstico poder ser pior nas classes baixas: estando mais protegidas da anorexia nervosa, quando esta ocorre nessas classes é porque há mais psicopatologia de fundo. Nomeadamente, referem que podendo haver psicopatologia relacionada com o sexo, o desejo de a ocultar pode desencadear grande resistência à psicoterapia.

#### **Métodos de amostragem**

É difícil comparar os resultados da prevalência encontrados pelos vários autores porque as populações estudadas têm características diferentes e porque os critérios de diagnóstico têm variado.

Em relação à anorexia nervosa, síndrome que se tem revelado estar ligada ao sexo, à cultura e à idade, há obrigatoriamente diferenças quando se estuda a população em geral, faixas etárias determinadas, um sexo ou o outro, populações de risco ou não. Mesmo quando se estuda uma população muito caracterizada, como a das

escolas secundárias, os resultados têm variado, conforme as escolas são públicas ou privadas<sup>19,20,27</sup>.

Amostras colhidas na população feminina de escolas secundárias foram usadas nos estudos de Crisp et al<sup>19</sup> em Londres, de Pope et al<sup>1</sup> nos EUA, de Szmukler et al<sup>20</sup> em Londres, de Whitaker et al<sup>27</sup> em Nova York, de Ben Tovim e Morton<sup>28</sup> na Austrália, de Oyewumi e Kazarian<sup>29</sup> em Lagos na Nigéria, de Rathner e Messne<sup>30</sup> numa cidade rural da Itália, de M. Helena Azevedo et al<sup>2</sup> nos Açores e nos nossos próprios estudos<sup>31</sup> nos distritos de Lisboa e Setúbal. Contudo, as amostras populacionais do ensino secundário podem apresentar diferenças nas escolas privadas e nas escolas oficiais, como mostraram Crisp et al<sup>19</sup> e Szmukler et al<sup>20</sup>. Portanto, não devem ser comparados os resultados obtidos em estudos diferentes relativos a populações femininas do ensino secundário, uns realizados em escolas oficiais, outros realizados em escolas privadas.

Outro método adoptado por alguns autores é o levantamento dos processos de consulta geral, que pode incidir nos registos dos Serviços de Saúde em geral ou nas admissões hospitalares. Deste levantamento pode inferir-se a prevalência para a população em geral. Os estudos efectuados nos Serviços de saúde em geral implicam envolvimento dos vários técnicos e apelo aos Centros de Saúde e Hospitais para que notifiquem um centro coordenador acerca de todos os suspeitos, que depois serão submetidos a confirmação do diagnóstico de acordo com os critérios estabelecidos. Isto pressupõe um bom funcionamento dos Serviços de Saúde Este método foi aplicado por Cullberg e Engstrom-Lindberg<sup>32</sup> em dois municípios suburbanos da Suécia, por Hoeck<sup>5</sup> na Holanda, por Rastam et al<sup>3</sup> que estudaram toda a população feminina de 15 anos de Gotemburgo. por Gotestam e Agras na Noruega<sup>33</sup> e por Rooney et al<sup>4</sup> em Londres.

O levantamento de processos psiquiátricos para avaliar a prevalência da anorexia nervosa foi usado por Nielsen<sup>6</sup> na Dinamarca, por Gotestam et al<sup>7</sup> na Noruega, por Lucas et al<sup>8,9</sup> na Clínica Mayo, EUA. por Clinton e Glant<sup>34</sup> em Estocolmo e por Kutchner na Escócia<sup>35</sup>.

Alguns autores têm-se debruçado sobre grupos específicos. Garner e Garfinkel<sup>10</sup> estudaram a prevalência em dançarinas, Pope et al<sup>36</sup> colheram a amostra entre mulheres num local de compras, Scherberg et al<sup>37</sup> estudaram uma amostra de mulheres do exército, israelita.

#### **Métodos de diagnóstico**

O diagnóstico actual da anorexia nervosa baseia-se ou

no ICD 10 ou no DSM IV, que é o que temos adoptado e que, para efeitos de alguma investigação, é equivalente ao DSM III-R (Quadro I).

*Quadro I - Critérios de Diagnóstico de acordo com o DSM-III-R (1987)*

- A. Recusa em manter o peso corporal num mínimo do normal para a idade e altura, isto é, perda ponderável levando a um peso abaixo de 15% do esperado ou falência no ganho de peso correspondente ao período de desenvolvimento, levando a um peso 15% abaixo do esperado.
- B. Medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo, mesmo tendo peso abaixo do normal.
- C. Perturbação na forma com o peso corporal, o tamanho e a imagem são vividos, isto é, a pessoa queixa-se que se sente gorda mesmo quando está emagrecida, acredita que uma zona do corpo é demasiado gorda mesmo quando obviamente tem um peso abaixo do normal.
- D. No sexo feminino, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos quando era esperado ocorrerem (amenorreia primária ou secundária).  
Considera-se que uma mulher tem amenorreia se os períodos ocorrem somente após administração de hormonas, por exemplo, estrogénios.

*Nota: Para efeitos de diagnóstico neste estudo os critérios então usados (DSM III-R) são idênticos aos critérios publicados posteriormente no DSM IV*

Todavia, tal como já explicámos, nem sempre a anorexia nervosa foi definida de acordo com os mesmos critérios de diagnóstico e em alguns dos estudos constantes da literatura foram considerados outros critérios.

O diagnóstico pode ser feito através da leitura do processo clínico, de entrevista ou de questionário. Os estudos feitos com entrevista chegam geralmente a resultados idênticos aos dos auto-questionários. Por vezes os auto-questionários revelam números ligeiramente superiores, o que pode ser interpretado a favor deste último método, se o questionário fôr anónimo

Relativamente aos critérios de diagnóstico, estes têm variado ao longo do tempo. Os estudos anteriores a 1980, ano da publicação do DSM III<sup>39</sup> usaram critérios de diagnóstico que consideravam desde 10 até 25 por cento de perda de peso para classificarem a situação como anorexia nervosa. Entre 1980 e 1987 vigoraram os critérios do DSM III e portanto só se considerava o diagnóstico de anorexia nervosa quando a perda de peso era de pelo menos 25 por cento. Após a publicação do DSM III R<sup>40</sup> passou a considerar-se suficiente para o diagnóstico uma perda de 15 por cento do peso ou mesmo uma falha de 15 por cento no ganho de peso esperado para a idade.

Há pois trabalhos que foram feitos ainda antes de haver critérios estritos e outros que aplicaram critérios que já não são os actuais. Deste modo, um trabalho que só considerava portadores de anorexia nervosa os doentes com

perda de 25 por cento pode ter revelado nos resultados uma prevalência menor do que um trabalho actual que tem como critério um défice de 15 por cento em relação ao peso mínimo de referência. O critério de três meses consecutivos de amenorreia, que agora é exigido para se fazer o diagnóstico, nem sempre foi observado, o que pode estabelecer diferenças na inclusão dos casos.

Há pois que ser cauteloso na comparação dos resultados a que chegaram os vários autores em populações diferentes que, por vezes, podem parecer paradoxais.

*Síndrome parcial*

Actualmente tem-se prestado atenção às situações que têm sido designadas por síndrome parcial ou situação sub-clínica. Esta perspectiva tem surgido, mercê de dois tipos de factores. Um deriva do facto dos critérios de diagnóstico, como já referimos, terem variado ao longo do tempo. Detectavam-se casos clínicos que eram considerados como não preenchendo todos os critérios, mas que actualmente preenchem. Portanto, a fronteira entre as formas clínicas bem definidas e as menos definidas, tem sido apenas a convencional. Outro tipo de factores diz respeito aos hábitos culturais. Alguns autores consideram que há um *contínuum* entre o ideal da magreza, a prática da dieta e o síndrome da anorexia nervosa preenchendo todos os critérios de diagnóstico<sup>41</sup>.

A insatisfação com o corpo pode começar nas pré-adolescentes, tanto de origem europeia, como de outras etnias e é de grande importância nas populações femininas do ensino secundário e universitário Brigitta Edlund et al<sup>42</sup> estudaram o comportamento de crianças de sete anos, através de entrevistas e testes e verificaram que 28 por cento queriam ser mais magras, 22 por cento tinham tentado perder peso e 20 por cento admitiam que comiam menos para emagrecer. Estas crianças tinham deformação da imagem corporal. Entre as universitárias portuguesas, Baptista et al<sup>43</sup> encontraram insatisfação corporal em 55,1 por cento, prática de dieta no momento do inquérito em 12 por cento, tendo havido prática de dieta no passado em 48,8 por cento.

A questão que se põe é se esta deformação da imagem corporal e estas práticas de dieta proporcionam uma maior ocorrência de anorexia nervosa entre as populações adolescentes que as praticam. Alguns investigadores consideram que a anorexia nervosa é qualitativamente diferente das situações a que poderemos chamar sub-clínicas, outros consideram que há um *continuum*<sup>41</sup>. Contra esta última posição, Crisp<sup>44</sup> contrapôs a necessidade, para se instalar a doença, de haver uma regressão a um estado pré-pubertário e de ser necessário que o peso

desça abaixo de determinado limiar para haver amenoréia. Hilde Brucli<sup>45</sup> também se manifestou contra o conceito do *continuum*, argumentando que a doença só se instalava quando havia defeitos do ego, com sentimento de ineficácia e perturbação na imagem corporal e na percepção visceral. Carner et al<sup>46</sup>, aplicando testes a jovens com anorexia nervosa e a outras muito preocupadas com o peso, seleccionadas entre praticantes de *ballet*, concluíram que havia um *continuum* na preocupação com o peso, mas que não havia um *continuum* na psicopatologia. Porém, mesmo não aceitando o conceito do *continuum*, os investigadores têm considerado que se deve estar atento a síndromes parciais ou formas sub-clínicas, que podem vir a evoluir para formas completas. Button e Whitehouse<sup>47</sup>, Robinson<sup>48</sup> chamam a atenção para a necessidade de nos preocuparmos com esta categoria sub-clínica. Patton et al<sup>49</sup> num estudo de seguimento de jovens do sexo feminino de quinze anos das escolas de Londres verificaram que a prática da dieta era comum, mas benigna e transitória. No entanto, o risco de vir a ter anorexia nervosa era oito vezes maior nas que praticavam dieta do que nas outras. Um estudo recente feito nos EUA<sup>50</sup> mostrou que 44 por cento das adolescentes estavam a tentar perder peso e 26 por cento estavam a tentar mantê-lo. Alguns estudos mostraram também que as jovens em prática de dieta tinham menos auto-estima e maior depressão, mais afectividade negativa e maior insatisfação corporal do que as que não praticavam dieta<sup>51</sup>. Apesar de haver um aumento de incidência da prática da dieta e simultaneamente um aumento de incidência da anorexia nervosa parecendo que uma está ligada à outra<sup>52</sup>, fica no entanto, por demonstrar se a prática da dieta e os comportamentos alimentares não saudáveis são ou não um factor causal da ocorrência da anorexia nervosa e de outras doenças do comportamento alimentar. Simone French et al<sup>53</sup> fizeram um estudo prospectivo durante três anos, com uma população dos 12 aos 15 anos numa escola suburbana de Minnesota, num total de 852 jovens do sexo feminino e concluíram que as que praticavam dieta tinham mais insatisfação corporal e desejo de emagrecer, vômitos voluntários, uso de laxantes, de comprimidos e de álcool e menor auto-estima, mas que a situação nesse sub-grupo não se agravou ao longo dos três anos. Interpretaram assim que a prática da dieta era um padrão de comportamento comum entre as adolescentes, conduzindo a uma postura pouco saudável, mas que não actuava como factor causal de doença psicológica. Whitaker<sup>54</sup> concluiu, de um estudo epidemiológico feito entre raparigas das escolas secundárias, que havia muitos casos sub-clínicos ou

iniciais de anorexia nervosa que não eram tratados, pelo que os pediatras deveriam incluir na história clínica dos adolescentes a pesquisa dos sintomas de doenças do comportamento alimentar.

### **Objectivo**

O facto de não haver nenhum estudo de prevalência da anorexia nervosa, que se tivesse debruçado sobre a população feminina portuguesa do continente, levou-nos à realização do nosso trabalho.

Sob o ponto de vista de conhecimento e de intervenção em relação a adolescentes do sexo feminino, consideramos importante saber qual a situação de populações portuguesas desse grupo etário relativamente a perturbações do comportamento alimentar. Durante muitas décadas Portugal situou-se não só geograficamente como política, cultural e socialmente na periferia da Europa. Tal situação deixou um lastro que se vem a reflectir sobre várias gerações. De um modo geral traz-nos consequências nefastas ao nível da capacidade técnica, científica e criativa, assim como ao nível do funcionamento da sociedade. Resta-nos colocar a questão de estar ou não associada a esta situação uma maior preservação de doenças ligadas à cultura. Tal problema coloca-se não só em relação aos hábitos alimentares como também em relação a perturbações do comportamento alimentar.

Sabemos, no entanto, que, nas últimas duas décadas, houve um salto qualitativo nos meios de comunicação social que eliminou barreiras e fronteiras culturais e sociais, fazendo com que os hábitos, comportamentos e modelos de massas se uniformizassem. São os reflexos da globalização.

O estudo da prevalência da anorexia nervosa que levámos a efeito em escolas do ciclo e do ensino secundário e complementar nos distritos de Lisboa e Setúbal foi realizado no sentido de calcular o número de indivíduos atingidos por aquele síndrome na população feminina destas escolas.

Assim tivémos como objectivo:

- a. Determinar a prevalência de síndrome completa de anorexia nervosa nesta população.
- b. Determinar a prevalência de síndrome parcial.
- c. Determinar a prevalência de indivíduos com perturbação da imagem corporal.
- d. Determinar a prevalência de indivíduos com regime alimentar restritivo.
- e. Relacionar esses resultados com o índice de massa corporal, a idade da menarca, o escalão social e o rendimento escolar, no sentido de identificar factores que possam explicar a ocorrência daquelas patologias ou

situações de risco.

A escolha da população feminina destes graus de ensino foi determinada pelo facto de se tratar de uma população de maior risco, de acordo com dados de estudos precedentes de outros países.

## MATERIAL E MÉTODOS

### População

A amostra estudada foi colhida em trinta escolas dos distritos de Lisboa e Setúbal. A escolha das escolas foi feita obedecendo a critérios de exequibilidade, tendo em conta a cobertura da grande parte dos concelhos dos dois distritos.

O total dos alunos dos distritos de Lisboa e Setúbal nos anos em que se realizou o estudo (1991/92, 1992/93) foi de cerca de 279.000, de acordo com os dados que nos foram

fornecidos pelo Ministério da Educação. Não estando estes números separados por sexos, calcula-se, no entanto, que o sexo feminino será de cerca de metade do total, o que corresponderá a cerca de 140.000. O total de alunos do sexo feminino das escolas estudadas era de cerca de 24.000.

A amostra populacional retirada desse total que nos foi possível estudar foi constituída por 2.398 indivíduos do sexo feminino, que responderam ao inquérito. Constitui cerca de 1,7 por cento da população feminina total e 10 por cento da população feminina das escolas estudadas.

O inquérito foi distribuído aos elementos femininos de turmas leccionadas por professores que aderiram ao nosso projecto de estudo e que se encarregaram da execução da colheita de dados. A distribuição da amostra por escolas, concelhos e distritos está representada no Quadro II.

Quadro II - Descrição da amostra por escolas, concelhos e distritos

Distrito	Concelho	Escola	Nº de inquiridos	Totais	
Lisboa	Amadora	Esc. Sec. Amadora	99		
		Esc. Sec. Cascais	50		
	Lisboa	Esc. Sec. S. João Estorial	Esc. Sec. S. João Estorial	98	
			Esc. Sec. Gil Vicente	50	
		Esc. Prep. Herc. Carvalho	Esc. Prep. Herc. Carvalho	98	
			Esc. Sec. D. Pedro V	97	
		Esc. Sec. Pedro Santarém	Esc. Sec. Pedro Santarém	50	
			Esc. Sec. Padre António Vieira	56	
		Esc. Prep. Nuno Gonçalves	Esc. Prep. Nuno Gonçalves	100	
			Esc. Prep. Machado de Castro	98	
		Esc. D. João de Castro	Esc. D. João de Castro	50	
			Esc. C+S de Camarate	98	
		Loures	Esc. Sec. S. João da Talha	100	
			Oeiras	Esc. Sec. Sebastião e Silva	96
	Sintra	Esc. C+S Mira-Sintra		100	
		Esc. C+S do Pendão (Queluz)	98		
		Esc. Ferreira Dias (Cacém)	96		
		Esc. C+S Colares	95		
		Esc. Sec. Mem Martins	99		
		<b>Total de Inquiridos</b>			<b>1628</b>
	<b>(Prep.+Sec.+Complementar)</b>				
	<b>Total de alunos do distrito</b>			<b>± 217.000</b>	
	<b>(Prep.+Sec.+Complementar)</b>				
Setúbal	Almada	Esc. Sec. Anselmo de Andrade	75		
		Esc. Sec. da Trafaria	48		
		Esc. Sec. do Laranjeiro	75		
	Barreiro	Esc. Sec. dos Casquilhos	55		
		Esc. Sec. Alfredo da Silva	75		
		Esc. Sec. Sto António (Coima)	77		
	Moita	Esc. Nº 2 Baixa da Banheira	69		
		Setúbal	Esc. C+S Aranguês	98	
	Esc. Sec. do Viso		98		
	Esc. Sec. Bocage		50		
	Sesimbra	Esc. C+S de Santana	50		
		<b>Total de Inquiridos</b>			<b>770</b>
		<b>(Prep.+Sec.+Complementar)</b>			
		<b>Total de alunos do distrito</b>			<b>± 62.000</b>
		<b>(Prep.+Sec.+Complementar)</b>			
<b>Totais</b>	Total dos inquiridos dos dois distritos		<b>2.398</b>		
	Total de alunos dos dois distritos			<b>± 279.000</b>	
	Cálculo do total de alunos do sexo feminino dos dois distritos			<b>± 140.000</b>	

1. *Grau de adesão*

Distribuíram-se 2.422 inquéritos, que foram todos preenchidos. Vinte e quatro não puderam ser aproveitados por mau preenchimento, donde resultou uma amostra de 2.398.

**Métodos**

B.I. Questionário

O questionário (texto) foi distribuído a todos os indivíduos do sexo feminino de várias turmas dentro da mesma escola. Foi preenchido na sala de aula com a presença do professor. Nas folhas do questionário não constava a identidade da aluna. Era constituído por dados de identificação, dados auxiológicos e 17 perguntas, conduzindo à obtenção de variáveis simples e compostas que se representam em seguida.

**INQUÉRITO SOBRE COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA POPULAÇÃO FEMININA DO 5º AO 12º ANO DOS DISTRITOS DE LISBOA E SETÚBAL**

Escola \_\_\_\_\_

Ano de Ensino \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Mora na Freguesia de \_\_\_\_\_ Concelho de \_\_\_\_\_

Profissão do Pai \_\_\_\_\_

Profissão da Mãe \_\_\_\_\_

– Preencha pondo uma cruz na casa certa, quando diz SIM ou NÃO; nas casas vazias ponha o número correspondente à sua resposta.

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Sente-se bem com o corpo que tem?            | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Se não se sente bem, é porque se acha gorda? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Ou acha-se magra?                            | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Acha gorda alguma parte do seu corpo?        | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 5. Qual o peso que gostaria de ter?             |                              |                              |
| 6. Já tentou perder peso?                       | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 7. Quantos quilos?                              |                              |                              |
| 8. Qual foi o seu peso máximo?                  |                              |                              |
| 9. E o peso mínimo nos últimos três anos?       |                              |                              |
| 10. Tem horror a aumentar?                      | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 11. Já fez dieta para perder peso?              | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 12. Faz actualmente dieta para perder peso?     | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 13. Já é menstruada?                            | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 14. Desde que idade?                            |                              |                              |
| 15. Quando perdeu peso ficou sem menstruação?   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 16. Quantos meses seguidos?                     | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 17. Pensa que tem alguma doença neste momento?  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

Se desejar consultar-nos, diga-nos o seu nome e morada e dirija-se à Consulta de Comportamento Alimentar - Hospital de Santa Maria - 5ª feira às 13.30h, na Consulta de Medicina.



**Lista de Variáveis**

<b>Variáveis simples</b>	<b>Valor</b>	<b>Definição operacional</b>
Escola	1 a 30	ver Quadro III
Ano de Escolaridade	6 a 12	do 6º ao 12º ano
Idade	10 a 21	anos completos
Freguesia		freguesia de residência
Concelho	1 a 10	ver Quadro III
Profissão do pai	1. Quadros sup. e espec. das profissões intelectuais e científicas 2. Técnicos de nível médio e pessoal administrativo 3. Funcionários dos serviços 4. Trabalhadores manuais especializados 5. Trabalhadores manuais não especializados	Constituímos uma escala de 1 (nível mais alto) a 5 (nível mais baixo) fazendo uma adaptação da classificação nacional de profissões.
Profissão da mãe	1 a 5	
Rendimento escolar	Ano Escolar (1 a 8)	Nível de escolaridade em que o aluno se situava para ser relacionado com a idade
Pergunta nº 1 - Satisfação com o corpo	1 - Sim    2 - Não	Avaliação subjectiva
Pergunta nº 2 - Excesso de peso	1 - Sim    2 - Não	Avaliação subjectiva
Pergunta nº 3 - Défice de peso	1 - Sim    2 - Não	Avaliação subjectiva
Pergunta nº 4 - Morfologia corporal	1 - Sim    2 - Não	Avaliação subjectiva
Pergunta nº 5 - Peso desejado	em Kg até às décimas	Avaliação subjectiva
Pergunta nº 6 - Tentativa de perder peso	1 - Sim    2 - Não	Qualquer tentativa de perder peso
Pergunta nº 7 - Perda de peso	em Kg até às décimas	Perda preferida
Pergunta nº 8 - Peso máximo	em Kg até às décimas	Peso máximo referido
Pergunta nº 9 - Peso mínimo	em Kg até às décimas	Peso mínimo referido
Pergunta nº 10 - Horror a engordar	1 - Sim    2 - Não	Avaliação subjectiva
Pergunta nº 11 - Prática de dieta em geral	1 - Sim    2 - Não	Qualquer tentativa de dieta
Pergunta nº 12 - Prática de dieta	1 - Sim    2 - Não	Prática de dieta à altura do inquérito
Pergunta nº 13 - Ciclos menstruais actuais	1 - Tem    2 - Não tem	
Pergunta nº 14 - Menarca	em anos	Data (em anos de idade) da primeira menstruação
Pergunta nº 15 - Amenorreia	1 - Sim    2 - Não	Ausência de ciclos menstruais
Pergunta nº 16 - Período amenorreia	em meses	Período de ausência de ciclos menstruais
Pergunta nº 17 - Autopercepção do estado de doença ou saúde	1 - doente    2 - saudável	Avaliação subjectiva

Variáveis compostas ou recodificadas	Valor	Definição operacional
Anorexia nervosa (Grupo I)	1 tem 2 não tem	Resposta afirmativa às perguntas 2, 4, 6, 7, 10, 11, 12 e 15 e negativa às perguntas 1 e 17, com restrição alimentar voluntária, perda de 15 por cento de peso, amenorreia há mais de três meses. Isto é, quando uma jovem que tinha um peso adequado disse que <i>não se sente bem com o corpo que tem</i> (pergunta 1), <i>porque se acha gorda</i> (pergunta 2), <i>acha gorda alguma parte do corpo</i> (pergunta 4) <i>tentou perder peso</i> (pergunta 6) e perdeu pelo menos 15% de peso (quantificado pelas perguntas 7,8 e 9), <i>tem horror a aumentar de peso</i> (pergunta 10), <i>faz dieta</i> (pergunta 11 e 12), <i>ficou com amenorreia pelo menos três meses seguidos</i> (perguntas 15 e 16) e <i>considera que não tem nenhuma doença</i> (pergunta 17), considerou-se que tinha anorexia nervosa.
Síndrome parcial (Grupo II)	1 tem 2 não tem	Respostas afirmativas para as mesmas perguntas, mas sem amenorreia ou com uma perda de peso menor do que 15%.
Perturbação da imagem corporal (Grupo III)	1 tem 2 não tem	Respostas positivas às perguntas 2, 4 e 10 e negativa para a resposta 1 em jovens com peso normal ou abaixo. Em raparigas com excesso de peso considerámos esta atitude adequada, tal como fazer dieta e tentar perder peso.
Desejo de perder peso	1 tem 2 não tem	Resposta à pergunta 5, revelando que o peso desejado era menor que o real, em raparigas com peso normal ou abaixo.
Excesso de peso	1 tem 2 não tem	Ver peso de referência

## 2. Corpulência

Considerámos o peso actual em quilogramas até às décimas e a altura em metros até às centésimas.

## 3. Processamento informático e estatístico

### 1. Peso de referência

Para obter o peso de referência de modo a sabermos para cada indivíduo se o peso real era adequado, excessivo ou baixo, considerámos dois critérios. Para as raparigas com menos de 18 anos, em fase de crescimento, para as quais o IMC pode não ser a referência mais adequada, utilizámos as tabelas de percentis de Tanner e Whitehouse<sup>55</sup>, tendo considerado uma faixa de pesos adequados a constituída pelo intervalo entre dois desvios padrão para cima e para baixo do peso de referência para o sexo, a idade e a altura. Nas raparigas com 18 anos ou mais, calculámos o IMC através da fórmula:

$$\frac{\text{Peso em quilogramas}}{(\text{Altura em metros})^2}$$

e aceitámos como resultados desejáveis os que estavam colocados na faixa de 20 a 24,9, de acordo com a classificação de Garrow<sup>56</sup>.

### 2. Classe social

Utilizámos uma escala de 1 a 5, sendo o 1 o nível mais alto. Esta escala foi estabelecida fazendo uma síntese da classificação nacional de profissões<sup>57</sup>.

Aplicámos esta escala às profissões do pai e da mãe. Considerámos para cada família que o seu nível era o correspondente ao membro parental com nível mais alto.

### 3. Rendimento escolar

Foi considerado um rendimento escolar adequado

quando a idade do estudante estava de acordo com o ano correspondente da escola, para alguém que não tivesse perdido nenhum ano. Considerámos que tinha havido problema de rendimento quando a idade da jovem era superior à que devia ter para o ano escolar em que se situava.

### 4. Estudo das prevalências, distribuições e associações

Este estudo foi feito com o apoio de Isabel André do Centro de Estudos Geográficos (cadeira de Geografia Humana) da Faculdade de Letras da Universidade Clássica de Lisboa.

Foram separados os indivíduos com anorexia nervosa (Grupo 1 definido operacionalmente nas variáveis compostas com as respostas já citadas), com síndrome parcial (Grupo II, já definido) e com perturbação da imagem corporal, mas sem perda de peso (Grupo III, já definido). Tendo em conta os critérios de diagnóstico do DSM IIIR<sup>61</sup> em relação à anorexia nervosa, as perguntas 5,6,7,8,9,11 e 12 contemplam o critério A do diagnóstico (perda de peso de pelo menos 15 por cento), a pergunta 10 contempla o critério B (medo intenso de aumentar de peso), as perguntas 1, 2 e 4 contemplam o critério C (perturbação da imagem corporal) e as perguntas 13,15 e 16 contemplam o critério D, identificando se há amenorreia e qual a sua duração. A prevalência da anorexia nervosa foi calculada para o total da amostra, por cálculo percentual.

A prevalência dos indivíduos com excesso de peso foi feita, por cálculo percentual em relação ao total da amostra, considerando com peso excessivo todos aqueles que tinham peso superior ao peso de referência de acor-

do com o método exposto.

A prevalência dos Grupos II e III foi calculada, por cálculo percentual, para a fracção da amostra com peso normal ou baixo.

A prevalência do desejo de perder peso foi calculada percentualmente para a fracção da amostra com peso normal ou baixo.

A associação à idade foi estudada na amostra total no que diz respeito ao peso desejado e à sua relação com o peso real.

Nos três grupos considerados com patologia foi estudada a distribuição por idades.

A associação à classe social foi estudada na amostra total no que diz respeito ao peso desejado e à sua relação com o peso real, e no que diz respeito aos IMC reais e desejados.

Nos três grupos considerados com patologias foi estudada a distribuição por classes sociais.

A associação com o rendimento escolar foi estudada nos três grupos com patologia.

A distribuição da idade da menarca foi estudada nos três grupos com patologia.

A comparação entre grupos foi feito com o teste de Wilcoxon. Foram considerados valores significativos os que deram um coeficiente de variância (p) menor que 0,05.

## RESULTADOS

### A. Prevalência

A prevalência das três situações consideradas com patologia está representada no Quadro III.

#### *Anorexia nervosa* (Grupo 1)

Nove raparigas (0,37 por cento das 2.398) responderam afirmativamente às perguntas 2,4,6,7,10,11,12 e 15 e negativamente às perguntas 1 e 17. Daqui concluímos que as jovens estavam a fazer dieta e já tinham perdido 15 por cento do peso. Apesar disso sentiam-se *gordas* e

tinham horror a *engordar*. Estavam em amenorreia há pelo menos três meses. Consideravam que não estavam doentes. Diagnosticámos nestas jovens anorexia nervosa (Grupo 1) Os resultados foram calculados para o total da amostra. O intervalo de confiança vai de 0,35 a 0,39 por cento.

#### *Síndrome parcial* (Grupo II)

Duzentas e cinquenta e sete jovens (12,6 por cento) responderam afirmativamente às mesmas perguntas, excepto no que dizia respeito à amenorreia. A maioria delas não tinha chegado a perder 15 por cento do peso.

#### *Perturbação da imagem corporal* (Grupo III)

Cento e cinquenta e cinco jovens (7 por cento), de peso normal ou baixo, responderam positivamente às perguntas 2,4 e 10 e negativamente à questão 1, pelo que considerámos que tinham perturbação da imagem corporal, sem perda de peso. Neste grupo verificámos que 46 (31,7 por cento) já tinham feito anteriormente dieta e 10 (6,9 por cento) estavam nesse momento a fazer dieta.

#### *Desejo de perder peso*

Independentemente do agrupamento por sintomas, no total das jovens com peso normal ou baixo, 774 (38 por cento) desejavam ser mais magras, 998 (49 por cento) diziam que tinham uma *parte do corpo gorda*, 1,047 (51,5 por cento) *tinham horror a aumentar de peso*.

#### *Excesso de peso*

Relativamente ao peso, 367 (15,3 por cento) tinham excesso de peso

## B. Associações

### B.1. Idade

Constituiu-se um grupo para cada ano de idade, dos 10 aos 21 anos (Quadro IV) Para cada idade calculou-se o número das jovens que queriam manter o peso, perder ou aumentar. Verificou-se que a idade com maior frequência de desejo de perder peso era a dos 19 anos e a de menor

Quadro III - Frequência de anorexia nervosa, síndrome parcial e alterações da imagem corporal no total e por classe social

Classe	Total	Peso normal ou baixo	Grupo I AN n (%)*	Grupo II Síndrome parcial (perturbação da imagem corporal e perda de peso) n (%) <sup>ξ</sup>	Grupo III Perturbação da imagem corporal (sem perda de peso) n (%) <sup>ξ</sup>
1	255	218	1 (0,4)	31 (14,2)	17 (7,8)
2	243	200	2 (0,8)	47 (23,5)	20 (10,0)
3	684	578	2 (0,3)	53 (9,2)	42 (7,3)
4	824	694	2 (0,2)	100 (14,4)	53 (7,6)
5	392	341	2 (0,5)	26 (7,6)	13 (3,8)
<b>Total</b>	<b>2398</b>	<b>2031</b>	<b>9 (0,37)*</b>	<b>257 (12,6)<sup>ξ</sup></b>	<b>145 (7,0)<sup>ξ</sup></b>

\* Cálculo no total

<sup>ξ</sup> Cálculo no total com peso normal ou baixo

Quadro IV - Desejo de aumentar, manter ou perder peso por grupos etários

Idade (anos)	Aumentar % (n)	Manter % (n)	Perder % (n)	TOTAL Nº
10	27,10 (29)	38,32 (41)	34,58 (37)	107
11	26,21 (54)	38,35 (79)	35,44 (73)	206
12	20,58 (50)	36,21 (88)	43,21 (105)	243
13	21,61 (51)	30,08 (71)	48,31 (114)	236
14	18,54 (61)	36,48 (120)	44,98 (148)	329
15	21,74 (75)	31,59 (109)	46,67 (161)	345
16	14,45 (50)	30,92 (107)	54,63 (189)	346
17	17,21 (48)	30,11 (84)	52,88 (147)	279
18	14,04 (24)	33,33 (57)	52,63 (90)	171
19	08,80 (07)	30,00 (24)	61,20 (49)	80
20	17,07 (07)	29,27 (12)	53,66 (22)	41
21	13,33 (02)	46,67 (07)	40,00 (06)	15
<b>Total</b>	<b>19,10 (458)</b>	<b>33,32 (799)</b>	<b>47,58 (1141)</b>	<b>2398</b>

frequência a dos 10 anos. Comparou-se para cada ano de idade as médias dos IMC's e dos pesos reais e desejados (Quadro V). As idades que não apresentavam diferenças significativas entre as médias do real e do desejado foram os 10 e os 21 anos. Em todas as outras idades as diferenças eram significativas.

Estudada a distribuição da idade nos três grupos com patologia (Grupo I - anorexia nervosa, Grupo II - síndrome parcial e Grupo III - perturbação da imagem corporal) verificou-se um pico aos 15 anos para o Grupo I e aos 16 anos para os Grupos II e III. A distribuição está representada na Figura 1.

2. Classe social

No Quadro III dividimos os grupos com anorexia nervosa (Grupo 1), com síndrome parcial (Grupo II) e com perturbação da imagem corporal (Grupo III) de acordo com as classes sociais<sup>57</sup>.

Em relação ao grupo com anorexia nervosa, a classe 2 (técnicos de nível médio e pessoal administrativo) era a

que tinha maior percentagem e as que tinham menor eram a classe 3 (funcionários dos serviços) e a classe 4

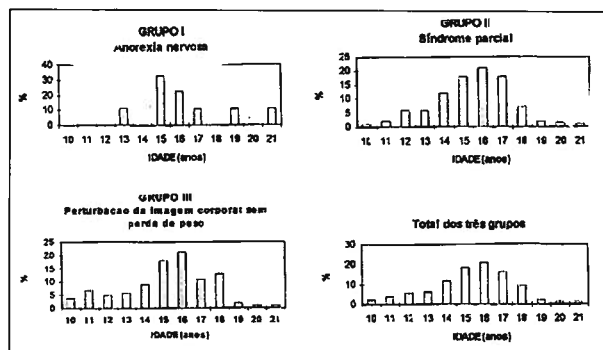


Fig. 1 - Distribuição das percentagens por idades nos três grupos e no total

(trabalhadores manuais especializados). Em relação à síndrome parcial (Grupo II) e à perturbação da imagem corporal (Grupo III), a classe 2 tinha a percentagem mais alta. As percentagens mais baixas ocorreram na classe 5 (trabalhadores manuais não especializados) tanto para a situação do grupo II como para a situação do grupo III.

No total da população, sem atender ao peso actual, o desejo manifesto de manter, perder ou aumentar o peso tem a distribuição por classes representada no Quadro VI, o qual mostra percentagens semelhantes nas várias classes sociais. No entanto, a maior percentagem relativamente ao desejo de perder peso (metade da população) existe na classe 2 (técnicos de nível médio e pessoal administrativo) e a menor na classe 5 (trabalhadores manuais não especializados).

Fazendo as médias do IMC actual, do IMC desejado, do peso actual e do peso desejado em cada grupo social e comparando-os entre si (Quadro VII) verifica-se que em todas as classes há uma diferença significativa entre o IMC actual e o desejado. Comparando a classe social mais alta com a mais baixa (Quadro VIII) verifica-se que a classe mais alta

Quadro V - Comparação estatística (teste não paramétrico de Wilcoxon) das médias do IMC's e peso reais com os desejados por grupos etários

Idade (anos)	Nº	IMC (Kg m <sup>2</sup> )	IMC desejado	p	Peso (Kg)	Peso desejado	p
10	107	18,26±2,18	17,78±1,91	NS	36,37±6,06	35,23±4,06	NS
11	206	18,86±2,03	18,28±3,34	0,02	39,97±7,46	38,59±5,5	0,02
12	243	19,22±2,76	18,57±2,15	0,01	44,60±7,90	42,97±5,98	0,01
13	236	20,03±2,98	19,20±2,14	<0,02	50,40±8,49	40,27±6,16	<0,001
14	329	20,39±2,60	19,80±2,02	<0,001	52,87±7,53	51,27±5,77	<0,001
15	345	20,58±2,19	19,98±1,98	<0,001	54,13±6,62	52,53±5,85	<0,001
16	346	20,92±2,11	20,14±1,55	<0,001	55,36±6,58	53,29±5,14	<0,001
17	279	20,78±2,03	20,08±1,46	<0,001	55,13±6,28	53,26±4,94	<0,001
18	171	21,96±2,23	20,20±1,47	<0,001	55,32±6,45	53,30±4,72	<0,001
19	80	21,62±2,41	20,53±1,80	<0,001	57,24±7,71	54,35±6,32	<0,001
20	41	21,02±2,67	20,29±2,45	<0,001	54,82±8,42	52,93±7,79	<0,001
21	15	21,47±3,61	20,78±2,68	NS	55,53±9,49	53,73±6,81	NS

Quadro VI - Desejo de aumentar, manter ou perder peso de acordo com as classes sociais

Classe	Idade (anos $\pm$ DP)	Aumentar % (n)	Manter % (n)	Perder % (n)	TOTAL N°
1	14,97 $\pm$ 2,49	15,69 (40)	37,25 (95)	47,05 (120)	255
2	15,10 $\pm$ 2,27	18,93 (46)	30,86 (75)	50,21 (122)	243
3	14,83 $\pm$ 2,36	18,13 (124)	33,63 (230)	48,24 (330)	684
4	14,38 $\pm$ 2,58	19,78 (163)	32,65 (269)	47,57 (392)	824
5	14,38 $\pm$ 2,66	21,94 (86)	34,18 (134)	43,88 (172)	392
<b>Total</b>	<b>14,52<math>\pm</math>2,49</b>	<b>19,14 (459)</b>	<b>33,49 (803)</b>	<b>47,37 (1136)</b>	<b>2398</b>

Quadro VII - Comparação: IMC real/desejado e peso real/desejado, por classe social

Classe	N°	IMC (Kg m <sup>2</sup> ) M $\pm$ DP	IMC desejado (Kg m <sup>2</sup> ) M $\pm$ DP	p	Peso (Kg) M $\pm$ DP	Peso desejado (Kg) M $\pm$ DP	p
1	255	19,89 $\pm$ 2,27	19,28 $\pm$ 1,80	<0,001	51,30 $\pm$ 7,78	49,70 $\pm$ 6,69	<0,001
2	243	20,13 $\pm$ 2,38	19,39 $\pm$ 1,90	<0,001	51,78 $\pm$ 8,20	49,84 $\pm$ 6,92	<0,001
3	684	20,28 $\pm$ 2,54	19,61 $\pm$ 1,97	<0,001	51,72 $\pm$ 8,82	49,98 $\pm$ 7,43	<0,001
4	824	20,40 $\pm$ 2,77	19,66 $\pm$ 2,27	<0,005	50,72 $\pm$ 10,04	48,78 $\pm$ 8,58	<0,005
5	392	20,27 $\pm$ 2,60	19,62 $\pm$ 2,01	<0,001	50,24 $\pm$ 9,58	48,62 $\pm$ 8,38	<0,001

Quadro VIII - Comparação entre os grupos com a melhor (classe I) e a pior (classe 5) situação socio-económica

Classe	N°	Idade (anos)	IMC (Kg m <sup>2</sup> )	Peso (Kg)	Altura (m)	Desejo de emagrecer (Kg)
1	255	14,97 $\pm$ 2,49	19,89 $\pm$ 2,27	51,30 $\pm$ 7,78	1,60 $\pm$ 0,07	4,61 $\pm$ 2,76
5	392	14,38 $\pm$ 2,66	20,27 $\pm$ 2,60	50,24 $\pm$ 9,58	1,60 $\pm$ 0,10	5,89 $\pm$ 4,23
p		NS	<0,05	NS	<0,001	NS

apresenta uma altura média significativamente superior e um IMC inferior.

### 3. Rendimento escolar

No grupo 1 (anorexia nervosa) encontrou-se a maior percentagem de falhas no rendimento escolar -55,6 por cento das jovens tinham mais idade do que a que devia corresponder ao ano escolar que frequentavam. No grupo com síndrome parcial (grupo II), isso acontecia em 28,7 por cento e no grupo III (apenas perturbação da imagem corporal) a percentagem era de 18,2 por cento.

### 4. Idade da menarca

No grupo de jovens com anorexia nervosa todas elas já tinham tido a menarca. No grupo com síndrome parcial 91,5 por cento (235 jovens) também já tinham tido. No terceiro grupo, apenas com perturbação da imagem corporal, constatou-se a menor percentagem de jovens já menstruadas, 85,3 por cento. A idade média do aparecimento da menarca foi de 11,8 $\pm$ 0,8 (11-13) para o grupo I (anorexia nervosa), de 12,5 $\pm$ 1,2 (9-16) para o grupo II (síndrome parcial) e de 12,39 $\pm$ 1,1(10-16) para o grupo

III (perturbação da imagem corporal). A idade da menarca está representada na figura 2.

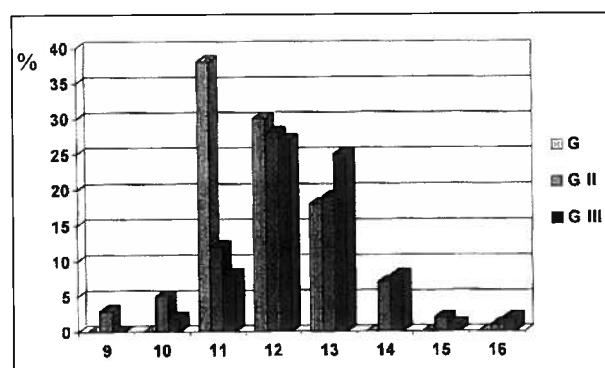


Fig. 2 - Idade da menarca em todos os grupos

## DISCUSSÃO

### Aspectos metodológicos

Os nossos resultados só devem ser comparados com os encontrados pelos autores que estudaram uma população equivalente, isto é, de indivíduos do sexo feminino de escolas secundárias públicas. Os estudos feitos na população em geral, na população psiquiátrica, ou em populações específicas não dão resultados comparáveis.

*Prevalência da anorexia nervosa*

A prevalência de 0,37 por cento de casos de anorexia nervosa, encontrados no nosso estudo em escolas secundárias dos distritos de Lisboa e Setúbal é idêntica à encontrada por Crisp et al<sup>19</sup> (0,3 por cento) numa população das escolas públicas de Londres há 21 anos, e é inferior às encontradas por Pope et al<sup>1</sup> (2,1 por cento) nos E.U.A., por Whitaker et al<sup>27</sup> (1 por cento) também em escolas secundárias nos E.U.A. e por Rathner e Messner<sup>30</sup> (1,3 por cento) numa cidade rural de Itália.

Apenas o estudo de Smukler para escolas de Londres<sup>20</sup> (0,14 por cento) realizado há 21 anos e o estudo de Ben Tovin e Morton<sup>28</sup> para a Austrália mostram um número inferior ao encontrado por nós. Neste último, foi encontrado um resultado de 0,1 por cento de *anorexias nervosas*, enquanto o nosso mostrou 0,37 por cento. Mostramos no Quadro IX a comparação dos nossos resultados com os de outros autores. A comparação tem, no entanto, aspectos limitativos. Dos estudos realizados, só o de Whitaker<sup>27</sup> e o de Ben Tovin e Morton<sup>28</sup> foram feitos à luz dos critérios de diagnóstico do DSM III-R, porque os outros são anteriores a esta publicação. Os trabalhos anteriores consideravam ser necessário 25 por cento de perda de peso para ser feito o diagnóstico, o nosso, de acordo com os novos critérios, considerou suficiente para o diagnóstico de anorexia nervosa, ter havido uma perda de 15 por cento do peso. À luz deste novo critério é possível que os trabalhos anteriormente publicados tivessem obtido resultados de prevalência mais elevados.

Em relação ao cálculo da percentagem de peso perdido, o nosso estudo apresenta um problema. Considerámos como *peso máximo* da jovem, em relação ao qual calculámos a perda de peso, aquele que foi declarado pela própria. Não tínhamos outra referência, visto actualmente não existirem ficheiros com dados antropométricos na maioria das escolas. No entanto, dado que as jovens têm tendência para referir um peso menor que o real é possível que mais algumas tenham

chegado a perder 15 por cento do peso e não tenham sido incluídas no diagnóstico.

*Síndromes parciais*

Um número surpreendentemente alto é o dos síndromes parciais, consideradas por alguns autores como situações sub-clínicas. Nesta situação encontramos cerca de 12,6 por cento de jovens. Não encontramos referências quantitativas na literatura que nos possam servir de comparação. Apenas no trabalho de M. Helena Azevedo et al<sup>2</sup> realizado nos Açores se encontra referido 0.76 por cento para o síndrome parcial; mas a situação da ilha não é comparável à do continente. Vários autores<sup>45-47</sup> têm sublinhado a importância do síndrome parcial, porque pode constituir uma fase que terminará em anorexia nervosa, em relação à qual se tem que estar atento, tanto mais que a doença parece estar a aumentar e corresponder a um síndrome ligado à cultura. Patton et al<sup>49</sup> fizeram um estudo de seguimento em indivíduos do sexo feminino de quinze anos de idade, tendo verificado, tal como nós, que prática da dieta era corrente e que podia ser benigna quando transitória. No entanto, concluíram que as jovens que faziam dieta tinham oito vezes mais probabilidades de vir a ter anorexia nervosa do que as outras. Isto indica que, sob o ponto de vista clínico, se tem que estar atento ao síndrome parcial.

*Perturbação da imagem corporal*

Por outro lado, no nosso estudo, sete por cento das jovens têm perturbação da imagem corporal, apesar de terem peso normal ou baixo, tal como os grupos anteriores. Contudo, não estavam a fazer dieta na altura, o que pode indicar uma menor gravidade da situação. No seu conjunto, estes resultados mostram que em Portugal, onde a prevalência da anorexia nervosa é baixa, estão generalizados o ideal da magreza e as alterações do comportamento que levam a uma perturbação da imagem corporal e à prática de dieta. A grande percentagem de jovens que, tendo um peso normal ou baixo, referem *ter partes gordas no corpo*, sugere que o nosso país se

Quadro IX - Comparação das prevalências da anorexia nervosa em vários estudos realizados em escolas secundárias

Autor	Local de Estudo	Resultado (%)	Ano de publicação
Crisp et al	Londres	0,3	1976
Pope et al	Nova York	2,1	1984
Szmukler et al	Londres	0,1	1985
Bentovin et al	Austrália	0,1	1990
Azevedo et al	Açores	0	1992
Rathner e Messner	Itália	1,3	1993
Carmo et al	Distritos de Lisboa e Setúbal	0,37	1996

encontra sob a influência dos padrões culturais dos países mais industrializados.

### **Factores associados**

#### *Classe social*

O estudo da distribuição por classes sociais apresenta algumas limitações. Como dados temos apenas as profissões do pai e da mãe, transmitidas pela jovem, o que pode trazer deturpação. A colheita de mais dados e uma maior exactidão impossibilitariam a extensão deste inquérito realizado em moldes que têm sido usados noutros estudos. Os resultados mostram que o ideal da magreza, o desejo de perder peso e a prática de dieta é transversal a todas as classes. No entanto, a classe 2 (média) parece ter maior tendência para as patologias clínica e sub-clínica sendo essa tendência menor para a classe 5 (mais baixa), o que vem ao encontro da conclusão da maioria dos trabalhos, embora de forma menos marcada do que a que surgia em trabalhos mais antigos. Quando comparadas as jovens da classe mais alta (classe 1) com as da classe mais baixa (classe 5) a única diferença significativa é que as primeiras têm um IMC inferior e uma estatura superior (a estatura superior tem como consequência um IMC mais baixo), o que vem ao encontro dos estudos anteriores que mostram nos países industrializados uma maior prevalência de obesidade nas classes com menor poder de compra<sup>58</sup>.

#### *Idade*

No que diz respeito à idade, quando se compara a percentagem de jovens que querem emagrecer nos vários grupos etários, verifica-se uma evolução. É menor na fase da pré-adolescência (10-11 anos), sobe dos 13 para os 16 anos, atinge o máximo entre os 16 e os 19 e decresce dos 19 aos 21 anos.

Contudo, o número muito pequeno de jovens adultas que frequentavam estes anos de ensino, e aquém se fez o questionário (41 de 20 anos e 15 de 21 anos para um total de 2.398 jovens) não nos permite tirar conclusões em relação a este grupo etário.

No entanto, deve ser frisado que há desejo de perder peso em todas as idades, em jovens com peso normal ou baixo, o que é demonstrativo de uma situação cultural.

#### *Rendimento escolar*

Relativamente ao rendimento escolar, o facto de este ser melhor à medida que decresce a gravidade da situação (do grupo I para o grupo III), sugere que essa gravidade pode estar em relação com um maior desequilíbrio emocional, que perturba também o rendimento escolar.

Mas é contrário à ideia de que as jovens com anorexia nervosa são sempre alunas brilhantes. Contudo, o facto de estarmos somente perante nove casos, eventualmente já muito doentes, não nos permite conclusões.

#### *Menarca*

Em relação à menarca, esta ocorreu mais cedo no grupo I (anorexia nervosa) e a idade subiu até ao grupo III. O número de casos de anorexia nervosa é muito pequeno para se poder tirar conclusões. No entanto, estes dados podem sugerir que o aparecimento mais cedo de caracteres sexuais secundários e portanto de características morfológicas mais femininas pode ser um factor preditivo desfavorável para o aparecimento de doenças do comportamento alimentar.

### **CONCLUSÃO**

1. Na amostra por nós estudada a prevalência da anorexia nervosa foi de 0,37 por cento.
2. O síndrome parcial verificou-se em 12,6 por cento.
3. A perturbação da imagem corporal sem perda de peso e sem amenorreia constatou-se em 7,0 por cento.
4. Verificou-se excesso de peso em 15,3 por cento das jovens.
5. As idades mais atingidas pela anorexia nervosa, síndrome parcial e perturbação da imagem corporal foram respectivamente 15 na primeira e 16 anos na segunda e terceira situações.
6. Tanto a anorexia nervosa, como o síndrome parcial e a perturbação da imagem corporal, foram mais prevalentes na classe 2 (técnicos de nível médio, funcionários administrativos).
7. O rendimento escolar era melhor à medida que decrescia a gravidade da situação.

Do conjunto destes resultados poderemos concluir que Portugal, apresentando embora uma prevalência baixa em relação ao síndrome total, tem um número alto de síndromes parciais e de perturbações da imagem corporal. Por outro lado, esta tendência é transversal às classes sociais.

Portugal está numa situação económico-social de transição, com marcadores económico-sociais também de transição e é muito permeável à influência cultural que vem dos países mais industrializados, sobretudo através dos meios de comunicação. No que diz respeito às perturbações do comportamento alimentar está a caminhar para uma posição idêntica à dos países mais industrializados. Desde que se fizeram os primeiros estudos de prevalência de anorexia nervosa no mundo, há quase

trinta anos, a rapidez e o acesso aos meios de comunicação tem evoluído de forma acelerada e os números parecem mostrar, aqui, como noutros países, que esse é um factor uniformizador e homogeneizante.

## BIBLIOGRAFIA

1. POPE H G, HUDSON J I, YORGELWN TODD D, HUDSON M: Prevalence of anorexia nervosa and bulimia in three student population. *Int J Eating Dis* 1984; 3: 53-62
2. AZEVEDO M H, FERREIRA C P: Anorexia nervosa and bulimia: a prevalence study. *Acta Psychiatrica Scand* 1992, 86: 432-6
3. RASTAM MI, GILLBERG E, GARTON M: Anorexia nervosa in a swedish urban region. A population -based study. *Brit J Psych* 1989; 155: 642-6
4. ROONEY B, MCCLELLAND L, CRISP A H, SEDGWICK P M: The incidence of Anorexia Nervosa in three suburban Health Districts in South West London. *Int J Eating Dis* 1995; 18: 299-307
5. HOEK H W: The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psych Med* 1991; 21: 455-60
6. NIELSEN S: The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1978. *Acta Psych Scand* 1990,81:507-14
7. GOTESTAM KG, ERIKSEN L, HAGEN H: An epidemiological study of eating disorders in Norwegian Psychiatric Institutions. *Int J Eating Dis* 1995; 18: 263-8
8. LUCAS AR, BEARD CM O-FALBA WM, KURLAND LT: Anorexia Nervosa in Rochester, Minnesota: a 45-year study. *Mayo Clinic Proc* 1988; 63:433-42
9. LUCAS AR, BEARD CM, O-FALLON WM, KURLAND LT: 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population on-based study. *Am J Psych* 1991; 148:917-22
10. GARNER D M, GARFINKEL P E: Socio cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1980; 10: 647-56
11. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IVed), Washington DC: American Psychiatric Association, 1995
12. HALMI KA: Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa, Washington, London: American Psychiatric Press, 1992
13. HARDY P, DANTCHEV IV: Epidémiologie des troubles des conduites alimentaires. *Confrontations psychiatriques*, 1989, 31: 33-63
14. VANDEREYCKEN W, VAN DER BROUCKE: Anorexia nervosa in males. *Acta Psych Scand* 1984, 70: 447-54
15. STRIEGEL JH, HARDOFF D, GOLDEN NH, SHENKER IR: Medical complications in male adolescents with anorexia nervosa. *J Adol Health* 1995, 16:448-53
16. CONSOLI M, JEAMMET PH: L'epidemiologie de l'anorexie mentale. *Sem Hop* 1984, 30: 2139-43
17. MORGAN HG, RUSSELL GFM: Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine* 1975; 5: 355-71
18. KALUCY R S, CRISP A H, HARDING B: A study of 56 families with anorexia nervosa. *Brit J Med Psychology* 1977; 50: 381-95
19. CRISP A H, PALMER R L AND KALUEY R S: How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British J Psych* 1976; 128: 549-54
20. SZMUKLER G, MECANCE C, MECRONCE L AND HUNTER P: Anorexia Nervosa: a psychiatric case register study from Aberdeen. *Psych Medicine* 1986; 16: 49-58
21. KENDELL RE, HAIL DJ, HAILEY A, BABIGIAN HM: The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1973; 3:200-3
22. GARFINKEL P E, GARNER D M: Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. New York: BrunnerMazel, 1982
23. GOWERS S, MCMAHON JB: Social Class and prognosis in anorexia nervosa. *Int J Eating Dis*, 1989; 8:105-9
24. HSU LKG, CRISP AH AND HARDING B: Outcome of anorexia nervosa. *Lancet* 1979; 1: 62-5
25. THEANDER S: Anorexia Nervosa: a psychiatric investigation of 94 female cases. *Acta Psych Scand*, 1970; 214:1-94
26. CRISP A H, KALUCY R S, LACEN J H, HARDING B: The long-term prognosis in anorexia nervosa: some factors predictive of outcome. In RA. Vigersky (ed) *Anorexia nervosa*. New York: Raven Press 1977: 55-65
27. WHITAKER A, JOHNSON J, SHAFFER P, RAPOPORT J L, LAKIKOW K WALSH B T, DAVIES M, BRAIMAN S, DOLINSKY A: Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected Psychiatric Disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psych* 1990, 47: 487-96
28. BEN-TOVIN D I, MORTON J: The epidemiology of Anorexia Nervosa in South Australia. *Australia NewZeland Journal of Psychiatry* 1990; 24:182-6
29. OYEWNMI LK, KAZARIAN SS: Abnormal eating attitude among a group of Nigerian youths II. *Anorexia behaviour*. *East Africa Med J* 1992;69: 667-9
30. RATHNER G, MESSNER K: Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychological Medicine* 1993,23:175-184
31. CARMO J, REIS D, VARANDAS P et al: Prevalence of Anorexia Nervosa: a Portuguese Population Study. *Europ Eating Disorders Rev*, 1996;4: 144.1-11
32. CULLBERG J, ENGSTROIN-LINDBERG M: Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. *Acta Psych Scand* 1988; 78: 314-9
33. GOTESTAM KG, AGRAS WS: A general population based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eating Dis*, 1995; 18:119-26
34. CLINTON DN, GLANT T: The eating disorders spectrum of DSM III R. Clinical features and psychosocial concomitants of 86 consecutive cases from a Swedish urban catchment area. *J New Ment Dis* 1992; 180: 244-50
35. KUTCHNER SP, WHITEHOUSE A M, FREEMAN C P: "Hidden" eating disorders in scottish psychiatric inpatients. *Am J Psych* 1985, 142:1475-8
36. POPE H G, HUDSON J I, YORGELUM-TODD D, HUDSON M: Prevalence of anorexia and bulimia among 300 women shoppers. *Am J Psych* 1984, 141: 292-4
37. SHERINBERG Z, BLEICH A, KOSLOVSKY M, APTER A, MARK M, KOTLER B M and Danon Y L: Prevalence of eating disorders among Israeli Defense Forces Recruits. *Harefuah*, 1992; 123: 73-8
38. FAIRBURA C G, BEGLIN S J: Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1990; 147:401-8
39. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IIIed) Washington: American Psychiatric Association, 1980
40. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IIIed)R, Washington: American Psychiatric Association, 1987
41. NYLANDER I: The feeling of being fat and dieting in a school populations: an epidemiologic interview investigation. *Acta sociomedica scandinavica* 1971; 3:17-26
42. EDLUND B, HALVATSSON K, SJODEN P O: Eating behaviors and attitudes to Eating, dieting and body image in 7-year-old Swedish girls. *Eur Eating Dis Rev* 1996; 4:40-53
43. BAPTISTA F, SAMPAIO D, CARMO I, REIS D, GALVÃO-TELES A: The prevalence of disturbances of eating behaviour in a portuguese female university population. *Bur Eating Dis Rev* 1996; 4: 260-70
44. CRISP AH: Diagnosis and outcome of anorexia nervosa: The St. George's view. *Proceeding of the Royal Society of Medicine* 1977; 70: 464-70
45. BRUCH H: *Eating Disorders*. New York: Basic Books, 1973
46. GARNER D M, OLMSTED MP, POLIVY J: Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1984; 46: 225-60
47. BUTTON E J, WHITEHOUSE A: A subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1981; 11: 509-17



48. ROBINSON P: Treatment for eating disorders in the United Kingdom. Part I.A survey of specialist services. *Eur Eating Dis Rev* 1993; 1: 4-9
49. PATTON GC, JOHNSON-SABINE T, WOOD K, MANN AH, WAKELING A: A abnormal eating attitudes in London school-girls- a prospective follow-up. *Psych Medicine* 1990; 20: 383-94
50. SERDULA MK, COLLINS ME, WILLIAMSON DF: Weight control practices of U. S. adolescents and adults. *Ann Int Med* 1993; 119:667-71
51. POLIVY J, HERMAN C P: Diagnosis and treatment of normal eating. *J Consult Clín Psychol* 1987;55; 635-44
52. GARNER DM: Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet* 1993; 341: 1631-34
53. FRENCH SA, PERRY CL, LEON GR, FULKENSON JA: Changes in psychological variables and health behaviors by dieting status over a three-year period in a cohort of adolescent females. *J Adolescent Health* 1995; 16: 438-47
54. WHITAKER AH: An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: implications for pediatricians. *Pediatr Ann* 1992; 21:752-9
55. TANNER J M, WHITHOUSE R H: Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity and the stages of puberty. *Arch Dis Child* 1976, 51:170-9
56. GARROW JS: *Treating obesity seriously*. London: Churchill Livingstone, 1981
57. *Classificação nacional das profissões*, Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional, 1994
58. GOLDBLATT PB, MOORE ME, STUNKARD AJ: Social factors in obesity. *JAMA* 1965, 192:1039